



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES
Curso de Psicologia

As Implicações do Convívio com a Família para o Idoso com Alzheimer

Rafaela Araújo Freitas

Brasília
Julho de 2014



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES
Curso de Psicologia

As Implicações do Convívio com a Família para o Idoso com Alzheimer

Rafaela Araújo Freitas

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia.
Professor-orientador: Dr. Sérgio Henrique de Souza Alves

Brasília
Julho de 2014



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES
Curso de Psicologia

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Autor: Rafaela Araújo Freitas

Título: As Implicações do Convívio com a Família para o Idoso com Alzheimer

Banca Examinadora

Prof. Dr. Sergio Henrique de Souza Alves
Professor-Orientador

Brasília
Julho de 2014

Aos meus pais, pelo exemplo de vida e trabalho e
por me proporcionarem experiências inesquecíveis.

Agradecimentos

Agradeço a minha família em especial a minha irmã, Amanda, por estar ao meu lado em todos os momentos, me dando todo o suporte necessário para que eu chegasse até aqui, aos meus tios, Sérgio e Ivana, por me acolherem em sua casa como todo amor e cuidado, e também a minha tia Gisele, por todo e cuidado e ajuda na elaboração deste trabalho.

Aos colegas e amigos de trabalho, por compreender e suprir minhas ausências, por me ajudarem sempre que necessário, tanto nas questões referentes ao trabalho, quanto em minhas questões pessoais.

Ao Centro Clínico Geriátrico Espaço Convivência e aos idosos que possibilitaram esta pesquisa.

A todos os professores do curso, em especial ao Prof^o Sergio Henrique, pela paciência e orientação para a conclusão deste trabalho e a Prof^a Morgana Queiroz, pela orientação durante as atividades práticas, me proporcionando um aprendizado para além da Psicologia.

Aos meus amigos, por partilharem alegrias e tristezas, agradeço a todos e todas que me ajudaram me dando um pouco de sua atenção e por escutarem minhas angústias/aflições durante a elaboração deste trabalho.

A todos aqueles que acreditaram em mim e tornaram minha vida maravilhosa.

Sumário

Introdução	1
Capítulo 1: Envelhecimento.....	3
Capítulo 2: Alzheimer.....	8
Capítulo 3: Cuidadores	13
Capítulo 4: Método	17
Participantes	17
Local.....	17
Instrumentos	17
Procedimentos	21
Análise dos dados.....	21
Capítulo 5: Resultados	22
Capítulo 6: Discussão	29
Capítulo 7: Considerações Finais.....	32
Referências.....	34
Apêndice	39
Apêndice A - Modelo do termo de Consentimento Livre e Esclarecido	40

Resumo

O envelhecimento é um processo biológico e natural que resulta na deteriorização das funções celulares, podendo levar a Demência de Alzheimer. O principal objetivo deste estudo foi observar o desenvolvimento da orientação têmporo-espacial, atenção concentrada, percepção visual, habilidades aritméticas, linguagem oral e escrita, memória verbal e visual, praxias e funções executivas de pacientes idosos com Demência de Alzheimer, classificada entre leve a moderada, devido à presença ou a falta de seus familiares. Todos os 8 idosos participantes eram ligados a uma instituição no Distrito Federal, podendo ou não residir na mesma. O estudo foi feito utilizando o teste NEUPSILIN e ao inventário IPSF. Quanto aos dados obtidos pode-se verificar que não houve diferença significativa para as variáveis neuropsicológicas e a presença ou não dos familiares. A presente pesquisa traz informações que podem contribuir futuramente para o planejamento de novos estudos com esta temática, estratégias de assistência à idosos com Alzheimer, qualidade de vida e para o aprimoramento de atendimento desta população e para os cuidadores.

Palavras-chave: Demência de Alzheimer, idosos institucionalizados, cuidador familiar.

Introdução

Conforme o destaque estatístico da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre os anos de 1950 a 2025, é provável que amplie o número de idosos em 15 vezes, o que permite estimar que o Brasil, em 2025, será o 6º país do mundo em quantidade de idosos, arquitetando por volta de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos (Cerqueira & Oliveira, 2002). O governo brasileiro, visando a proporcionar melhores condições de atendimento à população brasileira que está envelhecendo, criou, em 2003, o Estatuto do Idoso (2003), que fundou a Política Nacional do Idoso através da Lei nº 8.842 de 1994 (1994).

Por toda a história, o idoso é visto de forma estigmatizada, como uma pessoa que não tem mais utilidade, é esquecido e, muitas vezes, rejeitado pela família, pelo menos na visão dos mais jovens, que se cansam da nostalgia transmitida por essas pessoas que se encontram nessa fase mais avançada da vida. Essa postura se faz presente, como também os maus-tratos, a falta de valorização do indivíduo, levando-o à margem da sociedade.

Envelhecer significa para a pessoa ter perdas gradativas das capacidades fisiológicas globais, não somente modificações corporais, como perdas na área psicossocial, como as relações sócio-familiares, financeiras, perdas cognitivas, resultando em uma velhice patológica que o distancia cada vez mais da aceitação do envelhecimento como processo natural da vida (Costa, 1998).

Os avanços da medicina, a assistência à saúde e o aperfeiçoamento das condições de vida, levaram ao aumento da longevidade humana e, conseqüentemente, do número de pessoas com idade crítica para o desenvolvimento de doenças neurodegenerativas. Dentre estas, a Doença de Alzheimer - cuja característica é a perda progressiva e irreversível das funções cognitivas, sendo a memória a mais afetada - tem atingido proporções que a colocam em destaque em termos de saúde pública e suas implicações socioeconômicas.

Os quadros demenciais são caracterizados pelo desgaste intelectual crescente, isto é, existe um declínio das faculdades mentais, que se constitui no enfraquecimento do desempenho cerebral, causando um desarranjo no intelecto, memória, linguagem, habilidades motoras, afetando as atividades de vida diária. A demência é um conjunto de sintomas que determinam algumas doenças (Canineu, 2002).

A DA se apresenta como uma doença neurodegenerativa gradual, com declínio progressivo da memória, entre outras funções cognitivas. No início as capacidades intelectuais começam a ficar menos perspicazes. O pensamento fica lento, além do dano ao atuar nos contextos social e econômico, sem falar na memória que se torna falha. Agitação e inquietação também são características comuns à DA. Nos estágios terminais o quadro clínico é evidentemente rígido. O idoso faz-se calmo e a atividade intelectual finda; reduzindo, assim, a um estado vegetativo (Rowland, 1997).

O objetivo deste estudo é observar o desenvolvimento da orientação têmporo-espacial, atenção concentrada, percepção visual, habilidades aritméticas, linguagem oral e escrita, memória verbal e visual, praxias e funções executivas de pacientes idosos com Demência de Alzheimer, classificada entre leve a moderada, considerando à presença ou a ausência de seus familiares.

Dessa forma é de grande importância estudar como os familiares e cuidadores interferem no processo degenerativo da Demência de Alzheimer, não nos esquecendo que esta é uma via de mão dupla, a família interfere no idoso, assim como ele interfere na família. Assim, pode-se pensar em intervenções e estratégias para que consigam um melhor caminho a ser seguido neste período.

Capítulo 1: Envelhecimento

Uma grande inquietação que surge ao se iniciar o estudo sobre envelhecimento é definir em que momento a velhice se inicia, ou seja, a partir de que idade uma pessoa é declarada como velha. O Estatuto do Idoso foi estabelecido com a intenção de “ajustar os direitos garantidos às pessoas com idade igual ou superior a (60) sessenta anos” (Estatuto do Idoso, 2003).

Bobbio (1997) entende a velhice sob três diferentes pontos. Existe a velhice cronológica, aquela em que o indivíduo é considerado idoso ao alcançar determinadas características dessa fase da vida. Há também a velhice burocrática, na qual o sujeito passa a ter determinados direitos, como a aposentadoria. Ante tal ótica, é o Estado que vai determinar se o sujeito é ou não idoso. Por fim, a velhice psicológica, caracterizada por um componente subjetivo, uma vez que o sujeito será velho ao sentir-se como um.

Fontaine (2000) também entende o envelhecimento em diferentes níveis, havendo apenas uma diferença em como nomeá-las. O biológico, que é composto por uma progressão na quantidade de doenças, por alterações físicas, como as rugas, por dificuldades em se locomover devido ao desgaste do próprio corpo, o social que se relaciona com alterações do estatuto, tendo como resultado a aposentadoria e, por fim, o psicológico, em que as mudanças são decorrentes das atividades intelectuais e motivações.

Ainda de acordo com Fontaine (2000), Charcot e outros prestigiados investigadores do século XIX mostraram uma ideia desfavorável ao envelhecimento, utilizaram sinônimos como decadência, deterioração ou desestruturação, fascinados pelas explicações patológicas orgânicas ou psicológicas.

A Organização Mundial de Saúde – OMS (1999/2000, citado por Simões, 1998) considera que o envelhecimento ocorre em quatro períodos: meia-idade, abrangendo indivíduos entre 45 e 59 anos de idade; idosos, entre de 60 e 74 anos; anciões, entre 75 e 90 anos e, por fim, a velhice extrema, idosos com idade superior a 90 anos.

Os índices demográficos do Brasil têm sofrido grandes alterações, principalmente durante as últimas décadas, havendo mudanças nas taxas demográficas da população brasileira influenciadas pelo declínio da mortalidade a partir de 1940, e a redução da natalidade nos anos seguintes a 1960, sendo esses fatores realmente decisivos para a ampliação da população idosa no país (Closs & Schwanke, 2011).

Um terceiro aspecto importante no mencionado crescimento da expectativa de vida é decorrente da queda nas taxas de mortalidade infantil. Entre os anos de 1940 e 1996, sucedeu um aumento por volta de 30 anos na esperança de vida, mantendo-se crescente nos anos posteriores. De 1997 a 2007, houve um acréscimo de 3,4 anos, dessa forma a idade média esperada para mulheres passou de 73,2 para 76,5 anos e para os homens mudou de 65,5 para 69,0 anos (Camarano, 1999; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2008).

Após a década de 1990, a pirâmide etária brasileira se acentuou ainda mais. No ano 2000, a população idosa do Brasil era superior a 14,5 milhões de pessoas, representando 8,5% da população. Já em 2007, havia no Brasil aproximadamente 20 milhões de idosos, equivalente a 10,5% da população total (Batista, Jaccoud & El-Moor, 2009).

O envelhecimento populacional agrega grandes metamorfoses nas áreas socioeconômicas, culturais, institucionais e nos sistemas familiares, peculiarmente nos seus valores e configuração. O progresso dessa população se une à falta de ações que almejam melhores condições de cuidados para os futuros idosos, mesmo havendo uma legislação brasileira que rege ser das famílias o compromisso de tutelar os membros que apresentam dependência. O cuidado familiar se torna cada vez mais escasso em virtude da diminuição da

família nuclear por causa da diminuição dos níveis de fecundidade, das condições de casamento e da independência da mulher no mercado de trabalho (Camarano & Kanso, 2010).

Conforme Perline, Leite e Furini (2007), os dados demográficos brasileiros indicam um aumento significativo de números de idosos em nosso país a cada ano, o que, combinado com as modificações na formação de nossa sociedade e da família, essencialmente com a mulher trabalhando fora de casa, ocasiona a institucionalização da pessoa idosa.

Segundo Papalia, Olds e Feldman (2008), a possibilidade de um idoso ir morar em uma instituição aumenta conforme a idade. Isso acontece principalmente com mulheres, que morando sozinhas, passam a encontrar dificuldade nas tarefas cotidianas, por exemplo, tomar banho, comer, vestir-se, higienização após fazer suas necessidades fisiológicas e andar devido a uma saúde debilitada ou a uma deficiência.

O abandono de idosos em casas de repouso ocorre, entre outros fatores, devido à dependência que passam a ter em casa, resultando em um afastamento do espaço habitual e das pessoas que lhe são familiares. Geralmente, os idosos vão para essas instituições contra o seu desejo, transformando-se, assim em “prisoneiros” do asilo. Muitas vezes, após a internação do idoso nestas instituições, a família perde o contato com este, não retornando mais para visitá-los, transferindo a responsabilidade dos cuidados com o idoso a profissionais, algumas vezes, incompetentes para a função (Tier, Fontana & Soares, 2004).

Em muitas situações, os idosos são absolutamente dependentes, nesses casos, a institucionalização do idoso se torna indispensável. É válido ponderar que a quantidade de instituições asilares e a qualidade das atividades prestadas não imprescindivelmente são desqualificadas. Existe a necessidade de que o Estado exerça o papel de financiar e fiscalizar esses serviços. É necessária a fiscalização a fim de que as instituições trabalhem cumprindo

as regras exigidas para persistir prestando serviços aos idosos com cautela e decência (Tier et al., 2004).

Devido ao envelhecimento populacional que ocorreu no século XX, surgiu a necessidade de explicar o aparecimento de novos estilos de vida e o surgimento de novas doenças ligadas ao envelhecimento. As teorias já não se aplicavam ao que era observado no cotidiano das pessoas. A psicologia do desenvolvimento já não abordava todas as faixas etárias, surgindo, dessa forma, a psicologia do envelhecimento, estudando, assim, os processos evolutivos da velhice (Neri, 2012).

No Brasil, a psicologia do envelhecimento sofre uma carência relacionada às produções científicas. Isso se deve, como já mencionado anteriormente, ao fato de o envelhecimento da população acontecer mais rapidamente que as construções acadêmicas com essa temática, não sendo a psicologia diferente das outras áreas científicas (Neri, 2012).

O principal foco dessa área do conhecimento são as alterações cognitivas, afetivas e sociais que abordam a vida do idoso, o que os motiva, seus interesses e atitudes, etc. Exatamente por ser recente, estudos sobre a velhice e idosos na psicologia têm uma gama ampla de enfoques (Neri, 2012).

Segundo Fontaine (2000), a psicologia do envelhecimento é a contribuição dos psicólogos para a gerontologia. Esses profissionais estudam não só a velhice normal como também a velhice patológica, em suas mais distintas dimensões psicológicas, como inteligência, memória e personalidade. De acordo com o autor, o papel da psicologia é o de colaborar para que os idosos tenham uma melhor qualidade de vida.

Alguns idosos vivem a velhice sem muitas dificuldades, apenas seguem o curso natural da vida. Para outros essa etapa pode ser muito conturbada, recheada por sentimentos negativos sobre si e sobre os que o cercam, o que pode causar danos às habilidades cognitivas (Sé, Queiroz & Yassuda, 2012).

De forma geral, é comum a existência de uma perda sensorial, metabólica e da memória em idosos. Idosos “normais” percebem essas alterações e, muitas vezes, introjetam sentimentos de inferioridade e incapacidade. Mesmo sem a Demência de Alzheimer - DA, sofrem com essas perdas (Leão & Resende, 2012).

Estudos comprovam que é grande o número de idosos que realmente apresentam um declínio cognitivo trazido pelo envelhecimento, sendo a memória a função cognitiva mais afetada. Existem várias hipóteses que fundamentam essas modificações na memória, associadas à redução do processamento de informações, mudanças no estilo de vida, nas estratégias de memorização e a redução de estímulos cognitivos (Yassuda, 2012).

A próxima seção focar-se-á na Demência de Alzheimer - DA, doença decorrente do envelhecimento, que acarreta comprometimento cognitivo, alterações nos sistemas de memória e funcionais do cérebro.

Capítulo 2: Alzheimer

A doença de Alzheimer foi descoberta em 1901, a partir do momento em que o médico Alois Alzheimer se deparou com uma paciente, considerada idosa na época. Ele descreveu suas condições neuropsicológicas, enfatizando principalmente sua perda de memória. Alzheimer acompanhou o desenvolvimento da doença na paciente até o óbito e, com os resultados da autópsia, empreendeu diversos estudos sobre a patologia (Abrisqueta-Gomez, 2007).

Por ser uma doença neurodegenerativa, a DA tem um avanço gradual, que atinge principalmente a memória, mas aos poucos vai afetando outras áreas neurológicas, podendo haver disfunções na linguagem, distúrbios nas funções executivas e nas habilidades visuoespaciais. Patologicamente é caracterizada pelo aniquilamento de neurônios e desaparecimento das conexões sinápticas e regiões específicas do cérebro (Gil, 2002).

Myers (1999) compara a memória humana a um sistema de processamento de informações de um computador: para se lembrar de algum evento, faz-se necessária a entrada da informação no cérebro, a codificação, a conservação dessa informação, o conhecido como arquivamento e, mais tarde, a saída, que seria a recuperação. Existe atualmente uma nova denominação para esses processos, conhecidos como aquisição, armazenamento e recuperação. A aquisição envolve-se com a percepção e a atenção. Já o armazenamento é a gravação da informação a ser lembrada no sistema nervoso. A recuperação é a lembrança da informação armazenada (Cantarino & Pereira, 2004).

A memória é classificada como memória sensorial e memórias de curto e longo prazo. A memória sensorial é responsável pelo armazenamento, por um curto espaço de tempo, dos dados informados por estímulos externos. A memória de curto prazo conserva informações

que duram poucos segundos ou minutos. A memória de longa duração são as memórias armazenadas por muito tempo (Sé et al., 2012).

Muitas são as pesquisas que abordam a temática da memória, mas nenhuma teoria conseguiu abarcar todos os processos e estruturas cerebrais compreendidos na memória humana. Bueno e Oliveira (2004) apontam que “as teorias existentes, muitas delas se sobrepondo em grande parte, têm guiado as pesquisas, mas estão sujeitas a modificações e acréscimos, e têm mudado de fato” (p. 155).

Na memória, a parte mais afetada é a capacidade de adquirir novos conteúdos. O declínio da memória e dessas outras funções cognitivas é causado devido a alterações no tecido cerebral: a morte das células cerebrais, o surgimento de placas amiloides e emaranhados neurofibrilares (Aisen, Marin & Davis, 2001).

São inúmeros os estudos que buscam esclarecer as razões que provocam, junto ao envelhecimento, a decadência da memória. De acordo com Schaie e Willis (1996, citado por Leão & Resende, 2012), existem alguns fatores que são responsáveis pelo déficit de memória nos idosos: mudanças neurológicas, baixa estruturação ambiental, queda na motivação, baixa autoestima, baixo senso de controle pessoal, depressão, abuso de substâncias psicoativas, entre outros. Esses elementos separadamente ou concomitantemente podem causar o declínio da memória. De acordo com Brucki (2004) “teorias neuropsicológicas recentes convergem para a idéia de que o processo de senectude envolve de modo mais intenso e rápido as regiões frontais cerebrais, corroborando com os achados de testes neuropsicológicos” (p. 395).

Conforme a DA avança, outras áreas cognitivas se mostram cada vez mais deterioradas. No estágio moderado, a linguagem é caracterizada por discurso fluente e parafrásico, a compreensão se altera, mas repetição se torna moderadamente preservada, as memórias recente e remota estão muito acometidas, as aptidões visuoespaciais são crescentemente danificadas, assim como as praxias gestuais. O idoso, neste período da

doença, perde-se em sua própria casa e atrapalha-se ao vestir ou na realização da higiene pessoal. Existe, portanto, um comprometimento da autonomia, desta forma, o doente de Alzheimer carece de ajuda na prática de atividades cotidianas (Souza & Teixeira, 2014).

Já no último período da DA, o estágio grave, as funções cognitivas em totalidade encontram-se intensamente comprometidas. A fluência verbal se limita a ecolalia, palilalia ou mutismo. O idoso pode apresentar uma rigidez generalizada, devido à incontinência esfinteriana. Após, em média, 10 anos do começo dos sintomas da DA, o idoso vem a óbito usualmente devido às complicações clínicas associadas às condições motoras (limitação ao leito, dificuldade de deglutição), acrescentando pneumonia e infecção urinária (Souza & Teixeira, 2014).

Não é sabida, ainda, a origem da doença, porém existem algumas hipóteses a respeito. A primeira hipótese faz referência à proteína Tau, localizada no citoesqueleto dos neurônios, a qual, em virtude de sua hiperfosforilação, produz os chamados emaranhados neurofibrilares. A proteína posiciona-se alinhadas no neurônio e, por razões desconhecidas, nos idosos com DA, ela é encontrada nos limites dessa célula, o que provoca mudança geométrica na célula nervosa, ocasionando a morte do neurônio. Alguns cientistas sugerem que a Tau é produto e não a origem desse Mal (Inestrosa, 2000; Vitória & Paiva, 2001).

A complicação do quadro demencial talvez esteja acoplada à espessura dos emaranhados neurofibrilares, fabricados pela Tau. Devido aos emaranhados, os mecanismos de traslado celular são alterados, resultando em uma falha dos neurônios, não transmitindo mais os impulsos nervosos, assim como não realizando importantes processos celulares. Conforme crescem os déficits cerebrais, ocorre o estado de demência (George-Hyslop, 2000).

A segunda hipótese sobre a causa da DA, sendo esta mais aceita pela maioria dos estudos realizados atualmente, trata da produção das placas senis, devido ao acúmulo do peptídeo β -amiloide. Nos idosos com Alzheimer, essas placas, além de serem encontradas em

várias regiões do cérebro, aparecem em grande número. As placas senis envolvem os neurônios, causando a neurotoxicidade e a morte dessas células, pois interrompem o diálogo entre elas. Dessa forma, as atividades do sistema nervoso são reduzidas (Inestrosa, 2000; Cavalcante, 2001).

Em todas as teorias, é importante levar em consideração que o surgimento tanto dos emaranhados neurofibrilares quanto das placas senis são intercorrências que aparecem apenas em regiões cerebrais muito específicas, como no hipocampo, área cerebral responsabilizada pela memória e aprendizagem, e no neocórtex, incumbido do raciocínio, linguagem e demais sistemas significativos do pensamento (Cavalcante, 2001).

Atualmente não existe tratamento medicamentoso específico para a cura da DA, apenas medidas preventivas ou profiláticas. A medicalização acontece através do tratamento dos sintomas, sendo utilizados basicamente dois grupos de fármacos: aqueles que agem sobre a decadência cognitiva e aqueles que atuam em sintomas psicológicos e comportamentais (Nitrini, 2007).

Outra opção para os idosos com DA são os tratamentos não farmacológicos, ou seja, tratamentos alternativos. A partir de estudos, concluiu-se que técnicas como orientação para realidade, terapia de reminiscências, facilitação de memória explícita, entre outras, conhecidas como reabilitação cognitiva, mostram-se eficientes para pacientes com DA entre os espectros leve e moderado (Nitrini, 2007).

Redução de problemas de comportamento pode ser obtida com diversas intervenções, como música, passeios e exercícios brandos. Tem-se enfatizado a necessidade de programas educacionais e treinamento para cuidadores, que visam à redução do estresse que se reflete em melhores cuidados para com o paciente (Nitrini, 2007, p. 59).

De acordo com Cohen (1995), conforme a doença avança o doente torna-se menos consciente do seu estado, o que de certa forma o protege, pois evita o transtorno emocional ao ver sua decadência. Com isto, o idoso perde sua autonomia e independência, desta forma, é necessário um cuidador, podendo ser um familiar, amigo, profissional ou voluntário, enfim, uma pessoa no intuito de ajudar o idoso (Sena & Gonçalves, 2006).

Capítulo 3: Cuidadores

Cattani e Giradon-Perlini (2004) destacam o adoecimento como um dos principais fatores que necessita da presença de outrem para ajudar nos cuidados. Nessas ocasiões, os familiares assumem como cuidadores, isto porque existe uma responsabilização estabelecida culturalmente ou algum laço de afeto. Ao ter a independência e autonomia extintas, o idoso, necessita que em seu lar, uma pessoa adote o papel de cuidador. Sendo, alguém que se apropria de realizar aquelas atividades que o paciente não tem possibilidade de realizar; atividades desde a higienização até o cuidado com a vida financeira do idoso (Karsch, 2003).

De acordo com Mendes (1995, citado por Cattani & Giradon-Perlini, 2004), o percurso de tornar-se cuidador existe de duas formas: imediato ou gradual. A definição do cuidador familiar do doente idoso, em casa, é determinada por um acontecimento em que a família, majoritariamente, precisa se organizar novamente e acordar possibilidades que abarcam reconhecer, segundo o grau parentesco, tempo livre e a vontade de chamar para si essa incumbência. Em oposição, a concordância em ser o cuidador ocorre, normalmente, de forma “inconsciente”. A pessoa assume a responsabilidade sem notar, em um processo espontâneo e impulsivo, o cuidador em pequenas ações vai se descobrindo como cuidador principal. “É como se de um lado o cuidador escorregasse cada vez mais para dentro da situação e, de outro, os não-cuidadores deslizassem cada vez mais para fora dela” (Karch, 1998, p. 138, citado por Cattani & Giradon-Perlini, 2004, p. 259).

A designação do cuidador é informal, mas o processo de ser cuidador resulta de quatro fatores: a) parentesco, ocorrendo na maioria das vezes entre esposo/esposa, superando a figura de um filho; b) gênero, normalmente o cuidado é realizado por pessoas do sexo feminino; c) proximidade física, frequentemente o cuidador reside com o doente, por fim, d)

proximidade afetiva, exaltando a relação entre cônjuges em sequencia a relação pais e filhos (Mendes, 1995, citado por Cattani & Giradon-Perlini, 2004).

Diogo, Ceolim e Cintra (2005) afirmam que, quando o cuidador fica impossibilitado de executar as tarefas, um terceiro familiar se torna o cuidador. Esse é nomeado por cuidador secundário, e participando casualmente, sem a responsabilidade, partilha o cuidado com o cuidador primário, auxiliando e substituindo nos momentos de necessidade, provem apoio financeiro ou auxilio em determinadas situações.

As pessoas com DA necessitam de cuidados contínuos. O complicado controle das manifestações psiquiátricas e comportamentais, adicionadas às experiências de vínculos fraternos tanto os assertivos quanto os desfavoráveis, experimentados pela convivência antecedentes ao estabelecimento da doença, causam consumo mental, emocional e físico (Luzardo, Gorini & Silva, 2006).

Assim como já foi dito no capítulo anterior, a DA não tem cura, porém é possível proporcionar ao doente e sua família um suporte que diminua esse sofrimento com uma vasta gama de tratamentos. Segundo Cohen (1995), o objetivo maior é reduzir a dor, a aflição e os sintomas causados pela DA, preservando, dessa forma o paciente e a família.

Estudos observaram que cuidados aos pacientes de DA feitos em casa por familiares treinados ajudaram a estabilizar as habilidades residuais, propiciaram uma melhora em relação aos distúrbios comportamentais, diminuíram a carga do cuidador, reduziram a institucionalização e o abandono dos idosos (Carbone et al., 2013).

Pode-se ainda comparar o estudo acima com o de Cohen (1995), que afirma a importância de intervenção em pessoas próximas ao paciente com DA, já que estes podem interferir de forma positiva ou negativa no curso clínico do idoso.

De acordo com Santos (2003), é dentro da família que sujeitos aprendem a cuidar, sendo esta prática influenciada por aspectos socioculturais. Pesquisas apontaram que

normalmente o papel do cuidador incide sobre a mulher, primeiramente sobre a esposa, posteriormente sobre filha e, no caso de idosos que moram com seus filhos, esse cuidado recai sobre as noras (Neri & Sommerhalder, 2002).

Damasceno (2007) afirma que o ambiente é outro fator que pode auxiliar no quadro clínico tanto do doente, quanto da família. Um ambiente constante, com iluminação adequada, higiênico, entre outras características, ajuda a todos a se sentirem melhor, diminuindo o peso do cuidado e as ideias delirantes que a DA pode trazer ao idoso. Um ambiente estressante pode influenciar muito no curso clínico e pode levar a “reações catastróficas”, colocando em risco a própria segurança do idoso e de seus cuidadores (Cohen, 1995).

Segundo Girardon-Perlini (2001, citado por Cattani & Girardon-Perlini, 2004), o domicílio compõe o ambiente mais adequado para o envelhecimento do idoso. Continuar próximo aos familiares corresponde à chance de assegurar sua autonomia e conservar sua identidade.

Conforme assegura Santos (2003), devido à demanda dos cuidados, os cuidadores sentem uma sobrecarga, isto, devido a necessidade de realizar aquela atividade que eram reponsabilidade do próprio idoso, como o banho e a higienização após fazer as necessidades fisiológicas. Os cuidados com a higiene pessoal e com o corpo são os que mais requerem tempo, paciência e habilidade do cuidador, quando o idoso ainda pode realizá-los, mas não de forma totalmente correta. Por outro lado, de nada resolve procurar orientar o idoso ou tentar ensiná-lo, quando sua capacidade de aprendizado está muito prejudicada em função da doença neurodegenerativa.

Santos (2003) ressalta que o cuidado de fazer com o doente é uma maneira de buscar maximizar suas capacidades e minimizar suas perdas, o que é algo ao alcance de poucos cuidadores. Já para outros cuidadores, o mais importante é realizar no lugar de, porque

entendem que essa é uma forma de expressar afeição e compaixão. Existem também aqueles que preferem fazer pelo seu familiar, visando a realizar o cuidado de forma mais eficiente e rápida, sem perceber que tal atitude só fará antecipar a dependência total do idoso.

Nos países desenvolvidos a população envelheceu de forma mais lentificada, assim, estes países receberam maior suporte por décadas, construindo uma rede de assistência aos cuidadores. Essa rede divulga serviços de substituição por um profissional, permite a redução da jornada de trabalho das esposas cuidadoras e garante aos cuidadores suporte financeiro para amparar as despesas do idoso, como cita Lenchner e Neal (1999, citado por Karsch, 2003).

No Brasil, existem poucos programas de orientação para familiares de idosos fragilizados. Eles são importantes para a promoção da qualidade de vida e diminuindo a sobrecarga do cuidado, representando um dos fatores de mediação do estresse. Esses programas ofertam ao cuidador um espaço para expressar seus sentimentos, dificuldades cotidianas, as esperanças relacionadas a si mesmo e ao idoso que necessita de cuidados. Também facilita o tratamento diário do idoso, o entendimento de como passar pelas dificuldades encontradas e o entendimento das diversas situações manifestadas na velhice (Diogo et al., 2005).

Devido às condições em que o idoso com Alzheimer se encontra, as famílias cuidadoras necessitam de lidar com inúmeros profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, com a finalidade de providenciar uma melhor qualidade de vida para o doente.

Capítulo 4: Método

Participantes

Foram avaliados 4 idosos institucionalizados e 4 idosos não institucionalizados, na faixa etária de 64 a 97 anos, com resultados do Mini Exame do Estado Mental de 20 a 26. Esse score significa que aqueles idosos que são diagnosticados com Demência de Alzheimer, encontram-se mais preservados cognitivamente.

Local

Os testes foram aplicados nas dependências da instituição colaboradora, um Centro Clínico Geriátrico no Distrito Federal, onde são oferecidos serviços de assistência, residência permanente, residência temporária, centro dia e atendimento ambulatorial. As instituições apenas disponibilizaram o espaço físico necessário à aplicação das escalas. Ficou a cargo da pesquisadora a responsabilidade de custear todo e qualquer material referente à aplicação das escalas. Para os idosos não institucionalizados, que participavam das atividades do centro dia, foram aplicados os instrumentos nas dependências da mesma instituição.

Instrumentos

Para apoio à pesquisa, utilizaram-se um teste neuropsicológico e um inventário de percepção de suporte familiar. Para medir o nível de comprometimento cognitivo dos idosos foi usado o teste Neupsilin, ferramenta que foi desenvolvida e validada por Fonseca, Sales e Parente (2009) como um instrumento de avaliação neuropsicológica breve. A partir da coleta de dados e da ponderação dos escores obtidos, obtém-se a pontuação final do Neupsilin. Abaixo segue a maneira como os escores brutos foram distribuídos, levando em consideração a divisão das habilidades e as tarefas a serem mensuradas.

- 1) Orientação Têmporo-espacial: A) Tempo: respostas referentes ao dia da semana e do mês, mês e ano. B) Espaço: respostas referentes ao local, cidade, estado e país. Nesse tópico, o escore máximo a ser atingido pelo participante é de 8 pontos, sendo 1 ponto para cada resposta correta.
- 2) Atenção: A) Contagem Inversa: contagem decrescente de 50 a 30 pelo sujeito avaliado; nesta parte, é levada em consideração a velocidade em que a tarefa é realizada, recebendo a pontuação limite de 20 pontos. B) Repetição de Sequência de Dígitos: o participante deve repetir uma sequência de 7 números, alcançando 7 pontos no escore total.
- 3) Percepção: A) Verificação de Igualdade e Diferença de Linhas: em um conjunto de 6 pares de linhas; o sujeito deve dizer a cada par se são iguais ou diferentes, conquistando escore máximo igual a 6 pontos. B) Heminegligência Visual: é avaliado se em uma folha cheia de traços o indivíduo risca todos eles; caso a tarefa seja cumprida, a nota é 1 ponto. C) Percepção de Faces: Deve-se reconhecer se a face de frente é da mesma pessoa de perfil; são apresentados 3 pares, escore máximo de 3 pontos. D) Reconhecimento de Faces: através da memorização de 2 desenhos de rostos, é necessário o reconhecimento desses entre 4 rostos desenhados, obtendo-se pontuação 2, caso a tarefa seja executada corretamente.
- 4) Memória: A) Memória de Trabalho: 1) Ordenamento Ascendente de Dígitos: o sujeito tem a tarefa de ordenar de maneira crescente 10 conjuntos de dígitos com até 6 algarismos, atingindo o maior escore de 10 pontos. 2) Span Auditivo de Palavras em Sentenças: após a leitura de um conjunto de frases, o participante tem a incumbência de repetir as últimas palavras de cada frase, obtendo-se até 14 pontos. B) Memória Verbal: 1) Evocação imediata: é dever do participante repetir o máximo, entre 9 palavras, de que se lembrar, conseguindo o máximo de 9 pontos. 2) Evocação Tardia:

repetir em outro momento as 9 palavras anteriores, somando até 9 pontos. 3)

Reconhecimento: reconhecer em uma lista de 18 palavras, a presença ou ausência

dessas na lista original, totalizando até 18 pontos. C) Memória Semântica de Longo

Prazo: responder duas perguntas de conhecimentos gerais, escore máximo de 5

pontos. D) Memória Visual de Curto Prazo: deve-se memorizar uma figura sem

sentido e encontrá-la entre 3 figuras similares, são realizados 3 estímulos, atingindo

até 3 pontos. E) Memória Prospectiva: os avaliados, ao final do teste, lembram-se de

escrever seu nome em uma folha de papel, instrução dada no início da avaliação, com

nota máxima igual a 2 pontos.

- 5) Habilidades Aritméticas: solucionam-se 4 contas de matemática básica, somando até 8 pontos.

- 6) Linguagem: A) Linguagem Oral: 1) Nomeiam-se 2 objetos e duas imagens, acrescentando até 4 pontos. 2) Repetição de 8 palavras reais e duas pseudopalavras, contando até mais 10 pontos. 3) Linguagem Automática: são realizadas duas atividades, a contagem crescente de 1 a 10 e a verbalização ordenada dos meses do ano, de janeiro a dezembro, obtendo-se escore máximo de 2 pontos. 4) Compreensão Oral: a partir do enunciado verbal do examinador, o sujeito tem a tarefa de indicar a figura correspondente, atingindo como maior escore 3 pontos. 5) Processamento de interferências: explica-se o significado de um provérbio e duas metáforas, conseguindo até 3 pontos. B) Linguagem Escrita: 1) Leitura em voz alta de 10 palavras e 2 pseudopalavras, obtêm-se até 12 pontos. 2) Compreensão escrita de três estímulos, com a leitura de uma palavra e duas frases o participante deve indicar a figura correspondente a cada uma, conseguindo nota máxima igual a 3 pontos. 3) Escrita espontânea de uma frase, somando ao escore total até mais 2 pontos. 4) Escrita ditada de 10 palavras reais e 2 pseudopalavras, atingindo até 12 pontos.

- 7) Praxias: A) Ideomotora: o indivíduo deve realizar 3 gestos após a instrução verbal do examinador, somando mais 3 pontos, caso efetuada a tarefa corretamente. B) Construtiva: deve realizar a cópia de três imagens, um quadrado, uma flor e um cubo, além de desenhar um relógio, somando até 16 pontos. C) Reflexiva: o sujeito tem a tarefa de repetir uma sequência de 3 sinais, atingindo escore de até 3 pontos.
- 8) Resolução de Problemas: usando o raciocínio abstrato, deve-se responder a 2 perguntas, somando o escore de 2 pontos se respondidas corretamente (Nos gráficos e tabelas que seguem nos resultados, o fator resolução de problemas, aparece juntamente às funções executivas).
- 9) Funções Executivas: Verbalização, durante um espaço de tempo pré-determinado dê o máximo de palavras que se iniciem com a letra F. Nesse caso, o escore é um cálculo relativo ao número de palavras evocadas, pode-se atingir até 11 pontos.

O instrumento de avaliação utilizado para medir a variável do Cuidado Familiar foi o Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF (Baptista, 2009). O IPSF é um inventário com o total de 42 itens, separados em 3 fatores: Afetivo-Consistente, Adaptação Familiar e Autonomia. O fator Afetivo-Consistente é composto por 21 itens, avaliando a afetividade entre os membros da família, aproximação, interesse, interação, acolhimento, comunicação, respeito, empatia, percepção nas regras intrafamiliares e comportamentos, verbalizações e habilidades ao resolver problemas. O segundo fator, Adaptação Familiar, contém 13 itens, que questionam sentimentos e comportamentos desfavoráveis relacionados à família. Já o último fator, Autonomia, é composto por 8 itens, que fazem referência às relações de confiança, liberdade e privacidade dentro da família. O IPSF é uma escala unidimensional de tipo Likert de três pontos, em que se pontuam 2 quando respondido “sempre”, 1 para “as vezes” e 0 para “nunca”, podendo a pontuação geral variar entre 0 e 84 pontos que permitem

a interpretação do resultado como percepção de suporte familiar baixa, médio-baixa, médio-alta e alta.

Procedimentos

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a instituição foi contatada e os idosos convidados a participarem da pesquisa. Em seguida, entrou-se em contato com as famílias para que, havendo o consentimento, assinassem o TCLE (Apêndice A) autorizando a participação dos idosos. Posteriormente foram feitos os devidos agendamentos para aplicação do teste e escala na instituição com os participantes.

Nas datas agendadas, o teste Neupsilin e o inventário IPSF foram aplicados. Primeiramente, foi realizado o teste Neupsilin, com duração média de 90 minutos. Em seguida, foi aplicado o inventário IPSF, realizado no tempo médio de 30 minutos. Tanto no teste, quanto no inventário, a aplicadora leu as instruções para os idosos participantes e, no caso do IPSF, cada um dos itens também foi lido para o idoso.

Análise dos dados

A partir da tabulação dos dados coletados, foram realizadas análises de frequência, descritivas e comparativas através do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. A análise de frequência foi utilizada como forma de visualizar a frequência das respostas dos grupos em cada um dos testes. As análises descritivas consistiram em calcular média e desvio padrão entre os grupos.

Para comparar os dois grupos, idosos residem em uma instituição e idosos que residem com a família, foi escolhido o Test t. O grupo de idosos que residem em uma instituição foi denominado de Internos e o grupo que residem com a família foi denominado Hospital Dia.

Capítulo 5: Resultados

O presente estudo envolveu 8 idosos, entre os quais 4 residem em uma instituição e 4 residem com suas famílias. Os dados foram coletados no 1º semestre de 2014. Segue abaixo a Tabela 1 que é relacionada aos dados obtidos no IPSF.

Tabela 1: *Resumo da distribuição de frequência do Inventário de Percepção do Suporte Familiar - IPSF*

IPSF			
		Internos	Hospital Dia
Afetivo-Consistente	Baixo	0	1
	Médio Baixo	0	0
	Médio Alto	3	3
	Alto	1	0
Adaptação	Baixo	2	3
	Médio Baixo	1	1
	Médio Alto	0	0
	Alto	1	0
Autonomia	Baixo	0	1
	Médio Baixo	2	2
	Médio Alto	1	1
	Alto	1	0
IPSF Total	Baixo	0	2
	Médio Baixo	2	2
	Médio Alto	0	0
	Alto	2	0

De acordo com a Tabela 1, verifica-se como os participantes percebem o suporte familiar que recebem a partir de cada fator, afetivo-consistente, adaptação e autonomia. No total do IPSF, pode-se notar que dos internos, 2 percebem-se com médio baixo e 2 com alto suporte familiar. Quanto aos idosos do hospital dia, 2 participantes percebem como sendo baixo e 2 percebem como sendo médio baixo suporte familiar.

A Tabela 2 é referente ao teste NEUPSILIN, nela é possível visualizar quantos idosos se classificaram entre normal, alerta de déficit, déficit moderado e déficit severo,

relacionando cada habilidade avaliada no teste a pacientes internos, aqueles que residem na instituição, ou a pacientes do hospital dia, que moram com suas famílias.

Tabela 2: *Resumo da distribuição de frequência do Teste NEUPSILIN*

NEUPSILIN			
		Internos	Hospital Dia
Orientação	Normal	1	0
	Alerta	0	1
	Déficit	0	0
	Déficit Moderado	0	0
	Déficit Severo	3	3
Atenção	Normal	3	1
	Alerta	0	0
	Déficit	0	0
	Déficit Moderado	0	0
	Déficit Severo	1	3
Percepção	Normal	2	3
	Alerta	1	0
	Déficit	0	0
	Déficit Moderado	0	1
	Déficit Severo	1	0
Memória	Normal	1	1
	Alerta	0	1
	Déficit	0	0
	Déficit Moderado	1	0
	Déficit Severo	2	2
Habilidades Aritméticas	Normal	1	0
	Alerta	0	4
	Déficit	0	0
	Déficit Moderado	0	0
	Déficit Severo	3	0
Linguagem	Normal	2	3
	Alerta	0	0
	Déficit	0	0
	Déficit Moderado	0	0
	Déficit Severo	2	1
Praxias	Normal	0	2
	Alerta	1	2
	Déficit	0	0
	Déficit Moderado	0	0
	Déficit Severo	3	0
Funções Executivas	Normal	2	3
	Alerta	1	0
	Déficit	0	0
	Déficit Moderado	0	1
	Déficit Severo	1	0

Conforme mostrado na Tabela 2, a classificação dos participantes segundo cada função foi de maneira geral igualitária se comparando os grupos, salvo alguns fatores como atenção. As Figuras 1 e 2 refletem os dados em porcentagens referentes a Tabela 2, que serão explicados na sequência.

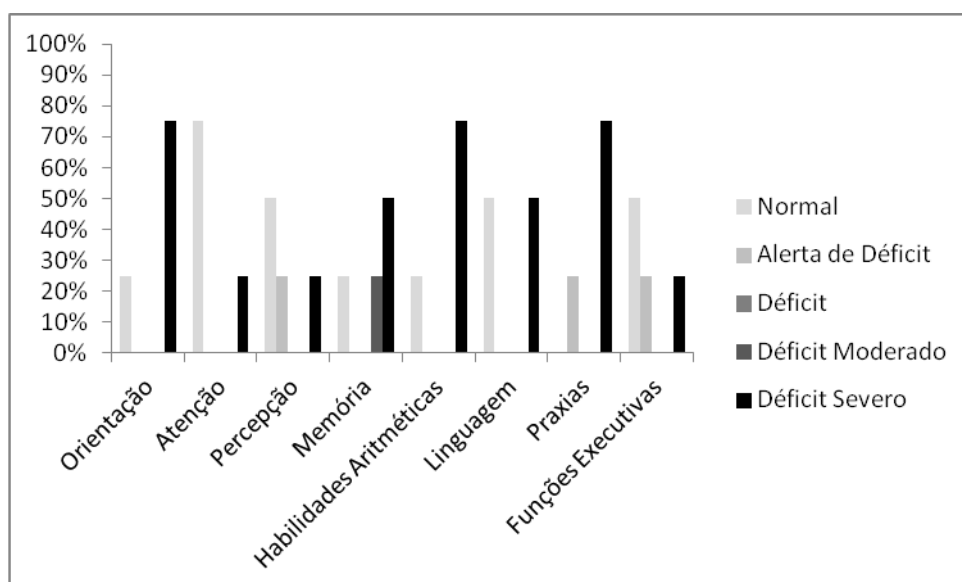


Figura 1. Resultados do grupo Internos no NEUPSILIN.

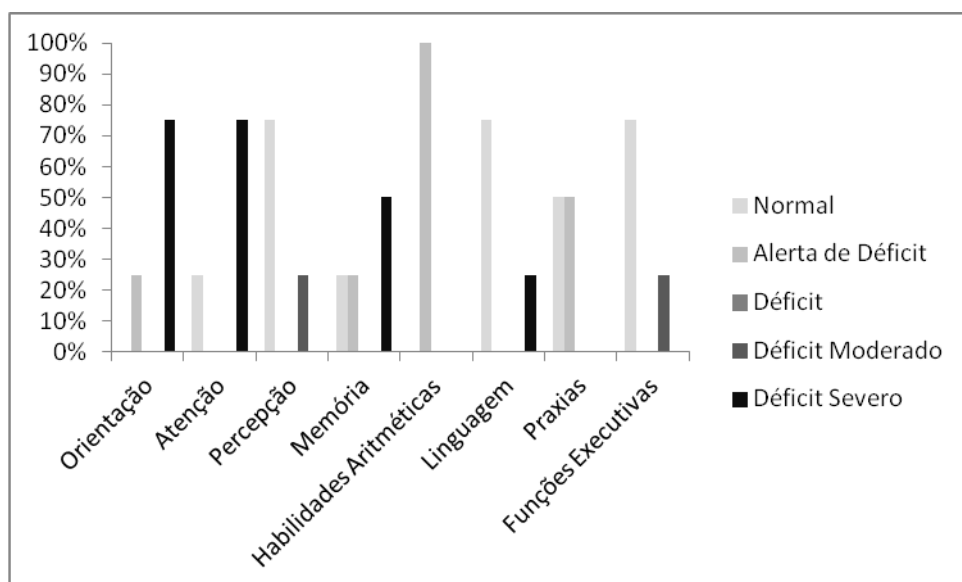


Figura 2. Resultados do grupo Hospital Dia no NEUPSILIN.

Observa-se nas Figuras 1 e 2 que de acordo com o fator orientação, 75% dos indivíduos de ambos os grupos apresentaram déficit severo. Já na habilidade testada atenção houve uma inversão de resultados, enquanto dos pacientes internos 75% apresentaram escore

normal e 25% déficit severo, os pacientes do hospital dia 25% tiveram resultado normal e 75% déficit severo.

Segundo o fator percepção, nas Figuras 1 e 2, a maior parte dos participantes apresentou resultados classificatórios como normal, sendo 50% dos internos e 75% dos pacientes do hospital dia. No fator memória, ocorreu uma distribuição quase igualitária nos grupos 25% de cada um apresentou escore normal, 25% dos internos mostrou déficit moderado e 25% dos participantes do hospital dos residentes com a família manifestaram resultados de alerta de déficit, por fim, 50% de ambos os grupos obtiveram escores referentes a déficit severo.

Outro ponto observável nas Figuras 1 e 2 é em relação às habilidades aritméticas que dos indivíduos residentes na instituição 25% apresentou escore classificatório como normal e 75% como déficit severo, quanto os participantes do hospital dia 100% deles apresentaram alerta de déficit. De acordo com o fator linguagem, o grupo de internos se dividiu igualmente entre normal e déficit severo, já o grupo do hospital dia se dividiu da seguinte maneira: 75% normal e 25% déficit severo.

Na habilidade praxias, assim como mostram as Figuras 1 e 2, dentre os internos, 25% apresentaram alerta de déficit e 75% déficit severo, enquanto os pacientes do hospital 50% apresentaram-se como normal e 50% alerta de déficit. Por fim, nas funções executivas, a maior parte dos participantes apresentou escore normal, sendo 50% dos internos e 75% do hospital dia.

A existência de relações entre os valores do teste NEUPSILIN e os da escala do inventário de percepção do suporte familiar - IPSF foi verificada por meio do Test t, método indicado para a situação em questão: comparar duas amostras independentes. Para a interpretação dos resultados do Test T foi assumida variâncias iguais em todos os fatores dos testes analisados.

Tabela 3: *Análises Descritivas do IPSF relativas à comparação entre grupos.*

	Tipo de Vínculo	N	Média	Desvio Padrão	Erro típico de média
Afetivo-Consistente	<i>Interno</i>	4	30,75	2,872	1,436
	<i>Hospital Dia</i>	4	27,50	5,196	2,598
Adaptação	<i>Interno</i>	4	20,50	4,359	2,179
	<i>Hospital Dia</i>	4	16,50	4,655	2,327
Autonomia	<i>Interno</i>	4	13,25	2,217	1,109
	<i>Hospital Dia</i>	4	11,25	2,217	1,109
IPFS Total	<i>Interno</i>	4	64,50	7,550	3,775
	<i>Hospital Dia</i>	4	55,25	6,702	3,351

Como apresentado na Tabela 3, não foi possível verificar nenhum resultado discrepante dentre as médias de ambos os grupos em cada fator, não obtendo também uma diferença relevante na média final dos grupos no IPSF, tendo os participantes residentes na instituição média de 64,50 ($dp = 7,550$) e os indivíduos que moram com suas famílias obtiveram a média de 55,25 ($dp = 6,702$).

Tabela 4: *Teste t para a igualdade de médias para o IPSF.*

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferença de Médias	Erro típico de diferença	Intervalo de Confiança para a Média	
						Mínimo	Máximo
Afetivo-Consistente	1,095	6	0,316	3,250	2,969	-4,014	10,514
Adaptação	1,255	6	0,256	4,000	3,189	-3,802	11,802
Autonomia	1,276	6	0,249	2,000	1,568	-1,837	5,837
IPFS Total	1,833	6	0,117	9,250	5,048	-3,101	21,601

Conforme as Tabela 4, não houve diferença significativa entre grupos ($p > 0,05$) com relação à percepção de suporte familiar, pois em nenhum dos fatores o valor t corresponde a um valor de p menor que 0,05. Assim não é possível aceitar como verdadeira a diferença entre os grupos.

Tabela 5: *Análises Descritivas do NEUPSILIN relativas à comparação entre grupos.*

	Tipo de Vínculo	N	Média	Desvio Padrão	Erro típico de média
Orientação	<i>Interno</i>	4	6,00	2,160	1,080
	<i>Hospital Dia</i>	4	5,25	1,500	0,750
Atenção	<i>Interno</i>	4	18,50	8,888	4,444
	<i>Hospital Dia</i>	4	6,25	12,500	6,250
Percepção	<i>Interno</i>	4	8,50	1,915	0,957
	<i>Hospital Dia</i>	4	8,75	1,258	0,629
Memória	<i>Interno</i>	4	28,25	18,355	9,178
	<i>Hospital Dia</i>	4	26,75	18,998	9,499
Habilidades Aritméticas	<i>Interno</i>	4	2,50	3,786	1,893
	<i>Hospital Dia</i>	4	2,00	2,828	1,414
Linguagem	<i>Interno</i>	4	29,25	14,033	7,016
	<i>Hospital Dia</i>	4	36,00	13,565	6,782
Praxias	<i>Interno</i>	4	8,25	4,031	2,016
	<i>Hospital Dia</i>	4	12,50	3,873	1,936
Funções Executivas	<i>Interno</i>	4	3,75	1,893	0,946
	<i>Hospital Dia</i>	4	3,00	1,826	0,913

Segundo a Tabela 5, as médias de cada grupo nos diversos fatores não obtiveram diferenças significativas, exceto no fator atenção, em que a média obtida pelos pacientes internos é 18,50 ($dp = 8,888$), sendo, mais que o dobro do que a média alcançada pelos paciente dia 6,25 ($dp = 12,500$), no fator linguagem, em que a média obtida pelos participantes do hospital dia foi 36,00 ($dp = 13,565$) maior que a média dos internos de 29,25 ($dp = 14,033$) e o fator praxias que a média dos internos foi 8,25 ($dp = 4,031$) menor que a média dos pacientes dia de 12,50 ($dp = 3.873$).

É possível notar também na Tabela 5 que no fator atenção obteve-se um elevado desvio padrão para os pacientes internos de 8,888 ($m = 18.50$) e pacientes dia 12,500 ($m = 6.25$). No fator memória repetiu-se o observado com desvio padrão de 18, 355 ($m = 28.25$) para idosos internos e 18,998 ($m = 26,75$) para idosos que passam o dia na instituição. Por fim, observou-se o mesmo no fator linguagem com desvio padrão de 14,033 ($m = 29,25$) para residentes e 13,565 ($m = 36,00$) para aqueles do hospital dia. Estes elevados índices de desvio padrão mostram que esta é uma amostra heterogênea, o que prova que tais dados não são confiáveis.

Tabela 6: *Teste t para a igualdade de médias para o NEUPSILIN.*

	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferença de Médias	Erro típico de diferença	Intervalo de Confiança para a Média	
						Mínimo	Máximo
Orientação	0,570	6	0,589	0,750	1,315	-2,468	3,968
Atenção	1,597	6	0,161	12,250	7,669	-6,515	31,015
Percepção	-0,218	6	0,834	-0,250	1,146	-3,053	2,553
Memória	0,114	6	0,913	1,500	13,208	-30,819	33,819
Habilidades Aritméticas	0,212	6	0,839	0,500	2,363	-5,282	6,282
Linguagem	-0,692	6	0,515	-6,750	9,759	-30,628	17,128
Praxias	-1,521	6	0,179	-4,250	2,795	-11,089	2,589
Funções Executivas	0,570	6	0,589	0,750	1,315	-2,468	3,968

A Tabela 6 mostra que não houve diferença significativa entre grupos ($p > 0,05$) em todos os fatores que compõe o NEUPSILIN, pois em nenhum dos fatores o valor de p foi igual ou menor que 0,05, ou seja, não foi encontrada diferença significativa estatisticamente. O que leva a não ser possível aceitar como verdadeira a diferença entre os grupos no NEUPSILIN também.

Capítulo 6: Discussão

Pelos resultados obtidos com o teste e o inventário (Tabelas 1 e 2 e Figuras 1 e 2) aplicados na presente pesquisa, percebeu-se que os idosos institucionalizados com Alzheimer não apresentam um comprometimento cognitivo maior que aqueles que residem com suas famílias. Também não foi possível obter resultados significativos quanto à percepção de suporte familiar entre os grupos. Porém, é importante considerar o grau de comprometimento dos idosos participantes e o número de participantes envolvidos na pesquisa.

Para que houvesse dados mais significativos, deveria haver pelo menos 30 participantes, de preferência 15 em cada grupo ou uma distribuição próxima. Assim como no realizado por Carbone et al. (2013), que obteve resultados favoráveis, proporcionando uma melhora em relação aos distúrbios comportamentais dos 22 idosos participantes que eram cuidados por familiares treinados.

Para Costa (1998) o envelhecimento gera perdas gradativas, sendo elas de diversas esferas, ocasionando também em um declínio das funções cognitivas. As Figuras 1 e 2 mostram o nível desse déficit cognitivo nos idosos que participaram da pesquisa, apresentando respectivamente os participantes internos e participantes do regime de hospital dia. As funções com maior número de participantes residentes na instituição com déficit severo são: orientação, habilidades aritméticas e praxias, já no caso dos pacientes do hospital dia, as funções mais afetadas, ou seja, com maior número de idosos com déficit severo, foram: orientação e atenção.

Segundo Rowland (1997) a DA se apresenta como uma doença neurodegenerativa gradual, com declínio progressivo da memória, entre outras funções cognitivas. Sendo a memória a função cognitiva mais afetada na DA, cabe expor os dados referentes à memória nas Figuras 1 e 2. Conforme apresentado na Figura 1, os pacientes internos se apresentaram

da seguinte maneira: 25% normal, 25% déficit moderado e 50% déficit severo. Na Figura 2, os idosos do hospital dia se distribuíram assim: 25% normal, 25% alerta de déficit e 50% déficit severo. Desta forma, é possível visualizar de que forma os idosos da pesquisa estão em relação à função cognitiva mais afetada na doença de Alzheimer. Mesmo a memória não estando dentre as áreas neurológicas com maior número de participantes com déficit severo, os resultados no teste NEUPSILIN desta função cognitiva ainda estão bastante comprometidos, exceto por 2 participantes, que obtiveram escore normal, 1 referente aos idosos internos e 1 correspondente aos idosos do regime do hospital dia.

O valor de $p > 0,05$, encontrado na Tabela 4, significa que não houve discrepâncias entre os grupos, isso pode se dar, pois na instituição em que foram realizados é possível que o idoso continue sob o convívio familiar. Desta forma, o contato, com aquelas famílias que visitam o idoso frequente, fica preservado e ainda, é possível reduzir a dor, a aflição e os sintomas causados pela DA, preservando, dessa forma o paciente e a família (Cohen, 1995).

A partir dos resultados apresentados nas Tabelas 4 e 6, não foi possível encontrar números que, estatisticamente, comprovassem a relação existente entre o avanço da DA e o cuidado familiar, problemática inicial desse trabalho. Conforme demonstrado na Tabela 4, com relação à percepção de suporte familiar entre os pacientes internos e frequentadores do regime hospital dia respectivamente, pode-se concluir que não houve diferenças nos escores entre os dois grupos, já que $p > 0,05$. O mesmo ocorreu na Tabela 6 que confrontou os resultados do teste NEUPSILIN entre o grupo Internos e o grupo Hospital Dia, obtendo também $p > 0,05$. Para que houvesse resultados consideráveis o valor de p deveria ser menor que 0,05.

De acordo com Gil (2002), a DA afeta principalmente a memória, porém com o passar do tempo atinge outras áreas neurológicas, podendo haver disfunções na linguagem, distúrbios nas funções executivas e nas habilidades visuoespaciais. Os altos valores do desvio

padrão (Tabela 5) encontrados nos fatores atenção, memória e linguagem, pode significar que os idosos participantes da pesquisa, por mais que todos se classifiquem como DA leve, cada um tem sua peculiaridade quanto às áreas cognitivas mais afetadas, causando esta amostra bem variada.

Capítulo 7: Considerações Finais

O presente estudo procurou levantar resultados que venham a contribuir com a área da psicologia e suas intervenções em relação aos idosos com Demência de Alzheimer. O principal objetivo foi observar o desenvolvimento da orientação têmporo-espacial, atenção concentrada, percepção visual, habilidades aritméticas, linguagem oral e escrita, memória verbal e visual, praxias e funções executivas de pacientes idosos com Demência de Alzheimer, classificada entre leve a moderada, devido à presença ou a falta de seus familiares, sugerindo que a presença ou ausência do cuidado familiar interfere no curso clínico do idoso com Demência de Alzheimer.

Não foi possível verificar a relação entre o desenvolvimento da doença de Alzheimer com a presença ou ausência dos familiares no cuidado dos idosos, pois como já citado anteriormente, para que houvesse dados mais significativos, deveria haver pelo menos 30 participantes, de preferência 15 em cada grupo ou uma distribuição próxima, o que não foi possível, pois a maior parte dos idosos encontrados na instituição encontravam-se em um estágio mais avançado da DA, não se encaixando no perfil deste trabalho.

Outro fator que deve ser considerado é que, durante a aplicação do inventário, verificou-se que os idosos respondiam às questões lembrando-se de suas famílias na infância, e não considerando a família atual, normalmente filhos e netos. Foi possível perceber também que relatavam situações negativas e de desamparo, porém, ao responder ao inventário, respondiam positivamente a este.

Em relação ao NEUPSILIN, foi possível observar que os participantes, por muitas vezes, não entendiam as instruções dadas ou se esqueciam do comando dado no meio da tarefa. Por algumas vezes também, durante a aplicação, os idosos contavam muitas histórias ou até mesmo ficavam muito agitados. Esse tipo de acontecimento dificultou, ou até mesmo,

impossibilitou aplicação do teste. Resultando no descarte de alguns testes, fora os 8 participantes que constam na pesquisa.

Os resultados da presente pesquisa indicam a necessidade de realizarem-se mais pesquisas quantitativas e qualitativas para aprofundar o conhecimento que se tem sobre esta parcela da população. É necessário investigar mais as causas que levam à Demência de Alzheimer e ações que podem ser feitas para retardar o avanço da mesma. Além disso, é importante ressaltar que esta pesquisa foi feita com uma amostra restrita de apenas uma instituição, e os resultados devem ser considerados de maneira cuidadosa. Há necessidade de comparação outras instituições, como por exemplo, instituições particulares e governamentais, como acontece o suporte familiar dentro de cada uma delas, naquelas que possuem psicólogos em seu quadro funcional quais os benefícios que o psicólogo traz para o desenvolvimento do idoso com DA, e isto tudo é possível com pesquisas para que possam ser suporte para uma mudança nas políticas públicas.

Sugere-se que sejam abordados em trabalhos futuros diversos temas relacionados ao idoso, visando à melhoria de atendimento em instituições asilares, a capacitação de cuidadores familiares e qualidade de vida aos que vivem na comunidade, criar estudos voltados na relação Demência de Alzheimer e o cuidado familiar que está sendo uma doença que vem afetando cada dia mais a população idosa na sociedade contemporânea, afetando também as famílias e cuidadores, de modo que tenha possibilidade de proporcionar intervenções no campo psicológico para que o idoso tenha condições de ter uma vida plena e integra.

Referências

- Abrisqueta-Gomez, J. (2007). Reabilitação neuropsicológica na Demência de Alzheimer. Em E. C. Miotto, M. C. S. Lucia, & M. Scaff (Org.), *Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências* (pp. 163-168). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aisen, P. S., Marin, D. B., & Davis, K. L. (2001). *Doença de Alzheimer: perguntas e respostas*. São Paulo: Novartis.
- Baptista, M. N. (2009). *Inventário de Percepção de Suporte Familiar*. São Paulo: Vetor.
- Batista, A. S., Jaccoud, L., Aquino, L., & El-Moor, P. D. (2009). *Os idosos em situação de dependência e a proteção social no Brasil. Texto para Discussão nº 1402*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Bobbio, N. (1997). *O Tempo da Memória. De senectude e outros escritos autobiográficos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Brucki, S. (2004). Envelhecimento e memória. Em V. M. Andrade, F. H. Santos, & O. F. A. Bueno (Orgs.), *Neuropsicologia Hoje* (pp. 389-402). São Paulo: Artes Médicas.
- Bueno, O. F. A., & Oliveira, M. G. M. (2004). De Memória e amnésia. Em V. M. Andrade, F. H. Santos, & O. F. A. Bueno (Orgs.), *Neuropsicologia Hoje* (pp. 135-163). São Paulo: Artes Médicas.
- Camarano, A. A. (1999). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA.
- Camarano, A. A., & Kanso, S. (2010). As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudo de População*, 27 (1), 233-235.

- Canineu, P. R. (2002). Doença de Alzheimer. Em V. P. Caovilla, P. R. Canineu (Orgs.), *Você não está sozinho. Associação Brasileira de Doença de Alzheimer e doenças similares* (pp. 12-13). São Paulo: ABRAz.
- Cantarino, J. M., Pereira, D. (2004). Memória: da filosofia à neurociência. *Universitas Ciências da Saúde*, 2 (2), 165-200.
- Cavalcante, R. (2001, junho). Uma luz sobre o Alzheimer. *Superinteressante*, ano 15, (6), 76-79.
- Carbone, G., Barreca, F., Mancini, G., Pauletti, G., Salvi, V., Vanacore, N., Salvitti, C., Ubaldi, F., & Sinibaldi, L. (2013). A home assistance model for dementia: outcome in patients with mild-to-moderate Alzheimer's disease after three months. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 49 (1), 34-41.
- Cattani, R. B., & Girardon-Perlini, N. M. O. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6 (2), 254-271.
Retirado de www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/812/930
- Cerqueira, A. T. A. R., & Oliveira, N. I. L. (2002). Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, 13 (1), 133-150.
- Closs, V. E., & Schwanke, C. H. A. (2011). A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 15 (3), 443-458.
- Costa, E. M. S. (1998). *Gerontodrama: A velhice em cena, estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade*. São Paulo: Ágora.
- Cohen, G. D. (1995). *O cérebro no envelhecimento humano*. São Paulo: Andrei.

- Damasceno, B. P. (2007). Reabilitação neuropsicológica na Demência de Alzheimer. Em E. C. Miotto, M. C. S. Lucia, & M. Scaff (Orgs.), *Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências* (pp. 63-70). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Diogo, M. J. D., Ceolim, M. F., & Cintra, F. A. (2005). Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. *Revista da Escola de enfermagem USP*, 39 (1), 97-102.
- Estatuto do Idoso. (2003). *Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Retirado de www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm
- Fonseca, R. P., Salles, J. F., & Parente, M. A. M. P. (2009). *NEUPSILIN: Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve: manual*. São Paulo: Vetor.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Gil, R. (2002). *Neuropsicologia*. São Paulo: Santos.
- George-Hyslop, P. H. S. (2000). Piecing together Alzheimer's. *Scientific American*, 283 (6), 76-83. Retirado de www.nature.com/scientificamerican/journal/v283/n6/full/scientificamerican1200-76.html
- Inestrosa, N. (2000). Novos rumos na luta contra o mal de Alzheimer. *Ciência Hoje*, 28 (167), 6-10.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008). *Síntese dos indicadores sociais*. Rio de Janeiro. Retirado de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2008/indic_sociais2008.pdf
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde pública*, 19 (3), 861-866.

- Leão, R., Jr., & Resende, M. C. (2012). Autoeficácia, memória e envelhecimento. Em A. L. Neri, & M. S. Yassuda (Orgs.), *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 127-140). Campinas: Papirus.
- Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.* (1994). Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial.
- Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm
- Luzardo, A. R., Gorini, M. I. P. C., & Silva, A.P. S. S. (2006). Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15 (4), 587-94.
- Myers, M. D. (1999). Investigating Information Systems with Ethnographic Research. *Communication of the AIS*, 2 (4es), p. 1-20.
- Neri, A. L., & Sommerhalder, C. (2002). As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. Em A. L. Neri (Org.), *Cuidar de idosos no contexto da família: Questões psicológicas e sociais* (pp. 9-64). Campinas: Alínea.
- Neri, A. L. (2012). O que a psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. Em A. L. Neri, & M. S. Yassuda (Orgs.), *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 111-126). Campinas: Papirus.
- Nitrini, R. (2007). Reabilitação neuropsicológica na Demência de Alzheimer. Em E. C. Miotto, M. C. S. Lucia, & M. Scaff (Orgs.), *Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências* (pp. 53-62). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Papalia, D., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2008). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: ArtMed.
- Perlini, N. M. O., Leite, M. T., & Furini, A. C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (2), 229-236.

- Rowland, L. P. (1997). *Merritt Tratado de Neurofisiologia* (9. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Santos, S. M. A. (2003). *Idosos, família e cultura: Um estudo sobre a construção do papel do cuidador*. Campinas: Alíneas.
- Sé, E. V. G., Queroz, N. C., & Yassuda, M. S (2012). O envelhecimento do cérebro e a memória. Em A. L. Neri, & M. S. Yassuda (Orgs.), *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 141-162). Campinas: Papirus.
- Sena, E. L. S., & Gonçalves, L. H. T. (2006). Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. *Revista Texto e Contexto – Enfermagem*, 17 (2), 232-240.
- Simões, R. (1998) *Corporeidade e a terceira idade: a marginalização do corpo idosos*. Piracicaba: UNIMEP.
- Souza, L. C., & Teixeira, A. L. (2014). Neuropsicologia das Demências. Em Fuentes, D., Malloy-Diniz, L. F., Camargo, C. H. P., & Cosenza, R. M. (Orgs.), *Neuropsicologia: Teoria e Prática*. (pp. 310-321). Porto Alegre: Artmed.
- Tier, C. G, Fontana, R. T., & Soares, N. V. (2004). Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (3), 332-335.
- Vitória, M., & Paiva, R. (2001, 11 de setembro). Alzheimer. *Jornal Correio Braziliense*, Sessão: Coisas da Vida, p. 6.
- Yassuda, M. S (2012). Desempenho da memória e percepção de controle no envelhecimento saudável. Em A. L. Neri, & M. S. Yassuda (Orgs.), *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 111-126). Campinas: Papirus.

Apêndice

Apêndice A - Modelo do termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES****Curso de Psicologia****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Eu, **Rafaela Araújo Freitas**, estudante do curso de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, junto com **Sergio Henrique de Souza Alves**, doutor em Psicologia pela Universidade de Brasília e professor do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, estamos realizando uma pesquisa na disciplina de Monografia, cujo título é As Implicações do Convívio com a Família para o Demente de Alzheimer.

Visto o envelhecimento da população, a Demência de Alzheimer tem se tornado uma preocupação e problema de saúde pública, a relevância da pesquisa será contribuir com dados e reflexões acerca das repercussões do cuidador na vida do idoso e como isso pode afetar o desenvolvimento da doença.

Assim sendo, convidamos você a participar do estudo que utilizará como meio de coleta de dados por meio de observação e aplicação do teste Neupsilin nos participantes da pesquisa. Vale ressaltar que os avanços na área da saúde, ocorrem através de trabalhos como este, por isso, a sua participação é importante. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida e todos os dados obtidos terão como finalidade a produção acadêmica de conhecimento científico referentes ao tema abordado nesta pesquisa e exclusivos a ela. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Sua participação na pesquisa ocorrerá de maneira espontânea sem qualquer vínculo financeiro, assim sendo, você não receberá nenhum reembolso de qualquer natureza. Fica-lhe assegurado de que seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo. Durante a pesquisa, caso ache necessário, você poderá recorrer a pesquisadora para tirar dúvidas. Todo o material obtido será devidamente armazenado em lugar seguro preservando, assim, a identidade do entrevistado. Ao final da pesquisa você terá contato com o resultado final por meio de uma devolutiva, na qual os resultados serão apresentados.

Qualquer dúvida entrar em contato com o Comitê de Ética do Uniceub. Telefone: (61) 3966-1511

PESQUISADORA RESPONSÁVEL
TELEFONE PRA CONTATO

Rafaela Araújo Freitas
8108-7774

PESQUISADOR ORIENTADOR
TELEFONE PRA CONTATO

Sergio Henrique de Souza Alves
8483-2311

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Eu concordo em participar do estudo e permito a publicação dos dados obtidos, com a garantia do sigilo e privacidade no uso dos mesmos.

Brasília, _____ de _____ de _____.

NOME _____

RG _____

PESQUISADORA RESPONSÁVEL

TELEFONE PRA CONTATO

Rafaela Araújo Freitas

8108-7774

PESQUISADOR ORIENTADOR

TELEFONE PRA CONTATO

Sergio Henrique de Souza Alves

8483-2311